

**CERTIFICACIÓN DE MATRIMONIO**

**VEA EL AVISO DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD/ LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES AL DORSO**

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL TRABAJADOR ASALARIADO O PERSONA QUE TRABAJA POR CUENTA PROPIA

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Yo soy el (la) cónyuge de la persona mencionada a continuación, que ha solicitado beneficios de seguro bajo el Título II de la Ley del Seguro Social según enmendada.

NOMBRE DEL CÓNYUGE *(Nombre)*

*(Nombre de soltera, si aplica)*

*(Apellido)*

1. Indique si su matrimonio actual fue oficiado por:

Clérigo u Oficial Público Autorizado

Otro *(Explique)* \_\_\_\_\_

2. ¿ Estaba usted casado antes de su matrimonio actual?

Sí *(Si la respuesta es «Sí» dé la siguiente información sobre cada matrimonio previo.*

No

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| M<br>A<br>T<br>R<br>I<br>M<br>O<br>N<br>I<br>O<br><br>P<br>R<br>E<br>V<br>I<br>O | CON QUIÉN SE CASÓ  | CUÁNDO <i>(Mes, Día, Año)</i>                      | DÓNDE <i>(Ciudad y Estado)</i>             |
|  | CÓMO TERMINÓ EL MATRIMONIO   | CUÁNDO <i>(Mes, Día, Año)</i>                      | DÓNDE <i>(Ciudad y Estado)</i>             |
|  | MATRIMONIO OFICIADO POR:<br><input type="checkbox"/> Clérigo u Oficial Público<br><input type="checkbox"/> Otro <i>(Explique en «Comentarios»)</i> | FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE<br><i>(o edad)</i> | SI SU CÓNYUGE FALLECIÓ, FECHA DE DEFUNCIÓN |
|  | Número de Seguro Social del cónyuge <i>(Si ninguno, o si no lo sabe, indíquelo)</i> _____ / _____ / _____  |  |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| M<br>A<br>T<br>R<br>I<br>M<br>O<br>N<br>I<br>O<br><br>P<br>R<br>E<br>V<br>I<br>O | CON QUIÉN SE CASÓ  | CUÁNDO <i>(Mes, Día, Año)</i>                      | DÓNDE <i>(Ciudad y Estado)</i>             |
|  | CÓMO TERMINÓ EL MATRIMONIO   | CUÁNDO <i>(Mes, Día, Año)</i>                      | DÓNDE <i>(Ciudad y Estado)</i>             |
|  | MATRIMONIO OFICIADO POR:<br><input type="checkbox"/> Clérigo u Oficial Público<br><input type="checkbox"/> Otro <i>(Explique en «Comentarios»)</i> | FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE<br><i>(o edad)</i> | SI SU CÓNYUGE FALLECIÓ, FECHA DE DEFUNCIÓN |
|  | Número de Seguro Social del cónyuge <i>(Si ninguno, o si no lo sabe, indíquelo)</i> _____ / _____ / _____  |  |  |

COMENTARIOS: *(Si es necesario, use este espacio y el dorso de este formulario para información sobre cualquier matrimonio previo)*

**Yo declaro bajo pena de perjurio que he examinado toda la información en este formulario, y en cualquier declaración o formulario adjunto, y es cierta y correcta según mi entender. Comprendo que cualquier persona quién a sabiendas provea una declaración falsa o engañosa sobre un hecho material en esta información, o cause que otra persona lo haga, comete un crimen y puede ser encarcelado, o enfrentar otras multas, o ambos.**

|  |  |
|--|--|
| FIRMA DEL TRABAJADOR ASALARIADO O POR CUENTA PROPIA                | FECHA <i>(Mes, Día, Año)</i>               |
| FIRMA <i>(Nombre, Inicial, Apellido)</i> <i>(Escriba en tinta)</i> |  |
| <b>FIRMA AQUÍ</b>  | NÚMERO DE TELÉFONO <i>(Código de área)</i> |
|  |  |

DIRECCIÓN POSTAL *(Número y Calle, Número de Apartamento, Apartado Postal, o Ruta Rural)*

|        |        |             |
|--------|--------|-------------|
| CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL |
|--------|--------|-------------|

Se requieren testigos SOLAMENTE si esta declaración ha sido firmada con una (X) arriba. Si firmada con una (X), dos testigos de la firma que conozcan al trabajador asalariado o por cuenta propia deben firmar a continuación proveyendo sus direcciones completas.

|  |  |
|--|--|
| 1. FIRMA DEL TESTIGO   | 2. FIRMA DEL TESTIGO   |
| DIRECCIÓN <i>(Número y Calle, Ciudad, Estado, y Zona Postal)</i> | DIRECCIÓN <i>(Número y Calle, Ciudad, Estado, y Zona Postal)</i> |

**AVISO DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD**  
**Recopilación y uso de información personal**

La Sección 205(a) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. La información que provea se usará para determinar la identidad de su cónyuge. La información que usted provea en este formulario es voluntaria. No obstante, el no proveer dicha información podría impedirnos pagarle beneficios a su cónyuge.

Nosotros raramente usamos la información que usted provee para ningún otro propósito que no sea determinar la identificación de su cónyuge. Sin embargo, podemos usarla para la administración e integridad de los programas del Seguro Social. También podemos divulgar información a otra persona u otra agencia de acuerdo a los usos rutinarios aprobados, que incluyen pero no se limitan a lo siguiente:

1. Para permitir que un tercero o una agencia ayude al Seguro Social a establecer los derechos o cobertura a los beneficios de Seguro Social;
2. Para cumplir con los requisitos de leyes federales que requieren la divulgación de los registros del Seguro Social (ej., la Oficina de Contabilidad del Gobierno y el Departamento de Asuntos de Veteranos);
3. Para tomar decisiones de derecho a programas similares de salud y mantenimiento de ingresos al nivel federal, estatal y municipal; y
4. Para facilitar investigaciones estadísticas y actividades de auditorías investigativas necesarias para asegurar la integridad y mejoría de los programas del Seguro Social (ej., la Agencia del Censo y asuntos privados bajo contrato con el Seguro Social).

También podemos usar la información que nos provea en programas de comparación. Estos programas comparan nuestros registros con los registros que otras agencias federales, estatales o municipales mantienen. La información de estos programas se puede usar para establecer o verificar el derecho de una persona a programas de beneficios financiados o administrados federalmente y para el reembolso de pagos o deudas delincuentes bajo estos programas.

Puede encontrar información adicional sobre este formulario, los usos rutinarios de información, y nuestros programas y sistemas por Internet en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) o en su oficina local del Seguro Social.

**Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites** - Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites del 1995. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que se tardará alrededor de 5 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE O TRAIGA EL FORMULARIO LLENO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL.** La oficina se encuentra en el directorio telefónico bajo **Agencias del gobierno de los EE. UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** *Usted puede enviar comentarios sobre la estimación de tiempo antes mencionado a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Sólo tiempo, no el formulario lleno. envíe comentarios sobre nuestra estimación de*